	Nemocnice Hranice a. s., Zborovská 1245, 753 22 Hranice IČO 47677406	II-OS-01 „Zdravotnická dokumentace“ verze č.01 platnost od 01.05. 2012	1z2

ŽÁDOST A ZÁZNAM O POŘÍZENÍ VÝPISU, OPISU NEBO KOPIE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

PACIENT / KA

Příjmení a jméno, titul: _____ RČ: _____ / _____

Kontakt (telefon, e-mail, adresa): _____

_____ Číslo OP: _____

Souhlasím, aby níže uvedená osoba byla obeznámena s mým rodným číslem.

ŽADATEL - OSOBA URČENÁ PACIENTEM NEBO OSOBA BLÍZKÁ PACIENTOVI

(vyplňte, pokud žádá jiná osoba než pacient sám)

Příjmení a jméno, titul: _____ datum narození: _____

Vztah k pacientovi: _____ Číslo občanského průkazu: _____

Kontakt (telefon, e-mail, adresa): _____

Žádám o pořízení výpisu, opisu nebo kopie zdravotnické dokumentace:

(v případě nedostatku místa použijte druhou stranu formuláře)

z hospitalizace - období *(uveďte alespoň měsíc a rok)*: _____

na oddělení: _____ jedná se konkrétně o následující dokumenty

(uveďte název, datum, příp. období od - do; např. výsledek CT vyšetření, leden 2004 nebo celý svazek,

leden 2004): _____

z ambulantního ošetření - období *(uveďte alespoň měsíc a rok)*: _____

na oddělení: _____ jedná se konkrétně o následující dokumenty

(uveďte název, datum, příp. období od - do): _____


jiné: _____

Způsob předání:

osobně

pověřená osoba

poštou na dobírku

	Nemocnice Hranice a. s., Zborovská 1245, 753 22 Hranice IČO 47677406	II-OS-01 „Zdravotnická dokumentace“ verze č.01 platnost od 01.05. 2012	2z2

Prohlašuji, že se zavazuji uhradit náklady za pořízení požadovaných opisů, výpisů a kopií dle platného ceníku Nemocnice Hranice a.s..

.....
Datum

.....
Podpis pacienta

.....
Datum

.....
Podpis žadatele (*určené osoby*)
(*pokud nežadá sám pacient*)

Upřesnění žádosti:

Žádost ověřil: _____

.....
Datum

.....
Podpis

Žádost zpracoval: _____

.....
Datum

.....
Podpis